

Wrocławskie Centrum Zdrowia  
Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ul. Podróżnicza 26-28  
53-208 Wrocław

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) .....

urodzony(a) ..... w .....

wykonujący(a) usługi na innej podstawie niż stosunek pracy we Wrocławskim Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Podróżnicza 26-28, 53-208 Wrocław oświadczam, że posiadam aktualne obowiązujące dla mojego stanowiska zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia oraz aktualne wymagane szkolenia BHP.

Jednocześnie zobowiązuję się przedstawić wspomniane zaświadczenia na każde żądanie.

.....  
DATA I PODPIS